UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 10

DESTINÉES

DES

SEGMENTS OVARIENS

LAISSÉS EN PLACE

APRÈS HYSTÉRECTOMIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mai 1913

PAR

Mlle Maché OSNOS

Née à Velige (Russie), le 20 septembre 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

- DE ROUVILLE, professeur adj., *Président.*
- GRANEL, professeur.
- LAGRIFFOUL, agrégé. } *Assesseurs.*
- LEENHARDT, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 10

FACULTÉ DE MÉDECINE

DESTINÉES

DES

SEGMENTS OVARIENS

LAISSÉS EN PLACE

APRÈS HYSTÉRECTOMIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mai 1913

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

PAR

Mlle **Maché OSNOS**

Née à Velige (Russie), le 20 septembre 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, professeur adj., *Président.*
GRANEL, professeur.
LAGRIFFOUL, agrégé. } *Assesseurs.*
LEENHARDT, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales . .	MM. GRASSET (O. ✲).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants . . .	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Acocuchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . .	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIERE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL	DELMAS (Paul).	LISBONNE, ch. des t.

Examinateurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, prof. adj. *prés.* | MM LAGRIFFOUL, *agrégé.*
GRANEL, *professeur* | LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE ADORÉE ET REGRETTÉE

Que ses grandes qualités du cœur
m'ont rendu si chère

A MON PÈRE BIEN-AIMÉ

Estime et tendresse.

A MON FRÈRE AINÉ MENDEL

INGÉNIEUR EN CHEF DE L'ALLGEMEINE ELEKTRIZITÆTS GESELLSCHAFT BERLIN

A MES AUTRES FRÈRES

A MES SŒURS

A MANIA

Amitié.

M^lle^ M. OSNOS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Mlle M. OSNOS.

DESTINÉES

DES

SEGMENTS OVARIENS

LAISSÉS EN PLACE

APRÈS HYSTÉRECTOMIE

INTRODUCTION

Depuis quelques années, l'attention des chirurgiens a été attirée sur les destinées des segments ovariens laissés en place après hystérectomie. En effet, après l'ablation de l'utérus et de ses annexes, il arrive souvent que des productions pathologiques se forment, kystiques le plus souvent, qui nécessitent à nouveau l'intervention chirurgicale.

Nous essaierons d'exposer dans ce travail, ce qu'un pareil sujet comporte d'intérêt aux points de vue étiologique, pathogénique et diagnostique. En effet, la connaissance de ce fait permettra au médecin de ne point s'étonner si la malade, après hystérectomie, présente du côté de la région opérée des symptômes pathologiques, elle permettra de poser d'emblée ses principes de thérapeutique, en se

rappelant le mot de Claude Bernard : « celui qui ne sait pas ce qu'il cherche, ne comprend pas ce qu'il trouve ».

Le plan que nous allons suivre se bornera aux diverses indications que commande l'intérêt du sujet. Après quelques mots sur l'Historique, nous exposerons les observations que nous avons recueillies dans le service de M. le professeur de Rouville ; l'étude clinique sera basée sur les faits précédemment décrits, enfin l'anatomie pathologique de la lésion nous permettra de mieux interpréter l'étiologie et le mécanisme de cet état morbide.

Enfin, nous réservons comme conclusion l'étude des moyens thérapeutiques employés en pareil cas.

Nous remercions M. le professeur de Rouville du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse. C'est à lui que nous devons l'idée de ce travail et nous essaierons d'interpréter sa pensée à cet égard, du mieux que nous pourrons.

Nous sommes heureuse de présenter ici l'expression de notre profonde reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier, qui ont contribué par leur enseignement de chaque jour à nous faire comprendre et aimer la Médecine.

HISTORIQUE

Une des premières observations qui indiquent la destinée des segments ovariens laissés en place après hystérectomie est celle que publia Spencer Wells, en 1883, dans son « Traité sur les tumeurs de l'utérus et de l'ovaire ». Ayant pratiqué l'ovariotomie chez une femme dont il avait auparavant enlevé l'ovaire droit, Spencer Wells trouva l'utérus et l'ovaire gauche en bon état, mais il remarqua la présence d'un kyste à parois minces, seulement attaché à la paroi abdominale, et qui paraissait avoir pris naissance là où des adhérences solides avaient été séparées lors de la première opération.

Depuis, d'autres observations ont été publiées par Terrillon, Segond, Richelet, J.-L. Faure, Wertheim. On relève dans l'ouvrage de Delbet sur les suppurations du bassin chez la femme, celles de Santos et de Stemann. En 1891, M. le professeur Le Dentu exposait, dans son rapport au Congrès de chirurgie, un certain nombre de faits indiquant la production de formations kystiques consécutives à certaines opérations gynécologiques. La même année, Habusseau a consacré sa thèse à la formation de kystes consécutifs à l'ablation de l'utérus et des annexes, la thèse de Baudron, en 1894, celle de Claret, en 1896, qui fait mention de deux opérations de M. Pozzi sur deux malades atteintes de kystes après ablation des

annexes d'une part et hystérectomie vaginale de l'autre ; enfin celle de Noël, en 1897, en contiennent quelques cas.

Plus récemment M. Dartigues, en 1907, a publié à la Société de l'Internat un cas de laparotomie pour trois kystes hématiques consécutifs à une hystérectomie antérieure. Dans un travail ultérieur (Revue de Pozzi, 1908), il décrit ces lésions sous le nom de « Cysthématomes menstruels postopératoires ». On peut citer, depuis les observations de Second et de Jayle, la thèse de Chassat.

A ces données historiques, rapides sur la question qui nous occupe, nous ajouterons les observations publiées par MM. de Rouville et Arrivat dans la Revue mensuelle d'obstétrique et de gynécologie, et enfin celles que nous avons recueillies dans son service hospitalier.

Observation Première

C. D..., âgée de 26 ans, entre dans le service de M. le professeur de Rouville, dans les premiers jours du mois de mai 1912, pour des douleurs dans le bas-ventre.

On ne retrouve dans les antécédents que des coliques néphrétiques (en 1911). Réglée à 12 ans, cette jeune femme perdait alors très peu de sang ; les époques arrivaient très régulièrement et ne s'accompagnaient d'aucun phénomène anormal. Après son mariage, elle a éprouvé quelques douleurs à la miction, actuellement disparues. Elle n'a eu aucune grossesse ni de retard menstruel que l'on puisse interpréter dans le sens d'un avortement. Depuis son mariage, quelques troubles génitaux qui ont peu à peu augmenté d'intensité. Les règles sont plus abondantes et avancent de quelques jours, un écoulement leucorrhéïque verdâtre s'est montré assez abondant pour tacher le linge. Enfin c'est le symptôme qui affecte le plus la malade, des phénomènes douloureux sont apparus et leur intensité va en croissant. Localisés à la fosse iliaque droite et à la région médiane de l'hypogastre, ils s'irradient dans les cuisses et les régions lombaires. Assez intenses, mais non continuels, ils deviennent très vifs après la cessation des règles.

Aucun trouble dans les autres appareils.

Le toucher vaginal montre simplement que l'utérus est en rétroversion.

M. le professeur agrégé Massabuau, suppléant M. le professeur de Rouville, fait une laparotomie, enlève les annexes des deux côtés et termine par une hystéropexie.

Les suites opératoires sont excellentes et la malade sort guérie peu de temps après.

Pendant quelques mois la guérison se maintient, mais en février 1913, la malade revient dans le service se plaignant de vives douleurs et de métrorrhagies.

Depuis l'intervention, la menstruation s'était arrêtée ; il n'en avait persisté qu'un écoulement sanguin très peu abondant apparaissant de temps en temps à intervalles irréguliers. Tous les troubles antérieurs avaient cessé.

Le 1er janvier 1913, brusquement, la malade est prise d'une violente douleur dans le bas-ventre, généralisée et assez intense pour amener un état lypothymique. En même temps, on observe une métrorrhagie assez importante. Pas de phénomènes péritonéaux. Depuis ce moment, les douleurs n'ont pas cessé, d'abord continuelles pendant tout le mois de janvier, elles sont moins vives actuellement ; leur siège est dans le côté droit du bas ventre. Il se produit de temps en temps, assez régulièrement, des métrorrhagies peu abondantes avec lesquelles coïncident des phénomènes douloureux plus marqués et à ces symptômes près, la malade a une bonne santé générale et ne présente aucun autre trouble.

L'examen du ventre montre une cicatrice peu visible.

Au toucher, on sent un utérus de moyen volume en anteversion, mais mobile. Sur le flanc droit de cet organe, en déprimant le cul-de-sac vaginal, on perçoit par le palper combiné, une masse du volume d'un œuf de pigeon, arrondie, régulière, douloureuse à la pression, légèrement mobilisable. Elle est séparée de l'utérus par un sillon, mais elle paraît lui adhérer intimement.

Quelques renseignements complémentaires nous ont été fournis par le médecin traitant ; au moment de la première crise douloureuse, cette masse était plus volumi-

neuse qu'aujourd'hui, très douloureuse à la pression et immobilisée complètement par l'infiltration et l'empotement des tissus voisins. Ces signes sont depuis bien amendés.

M. de Rouville fit le diagnostic de cysthématome menstruel post-opératoire et l'intervention fut décidée.

Le 15 février 1913 ; sous anesthésie à l'éther goutte à goutte on pratique la laparotomie. On aperçoit, flanquant l'utérus à sa droite, une tumeur du volume d'une petite mandarine noirâtre, fluctuante, elle adhère à l'utérus par sa face interne et le surplombe légèrement.

La face postérieure est unie par des adhérences à deux anses grêles. Décollement de ces adhérences, isolement de la tumeur, hystérectomie subtotale de droite à gauche. Les annexes gauches manquent totalement : une adhérence lâche unit la face antérieure du fond utérin à la paroi abdominale, on la sectionne après ligature. Elle constitue le seul vestige de l'hystéropexie antérieure, les ligaments ronds sont normaux.

Pendant les manœuvres de décortication, on a dépéritonisé, les anses grêles précitées, on les repéritonise à la Lembert.

Fermeture du ventre en trois plans, sans drainage.

Les suites opératoires ont été excellentes. La malade sortait guérie de l'hôpital, peu de temps après.

La pièce est constituée par un utérus de moyen volume portant sur son côté droit une masse plus volumineuse à reflets noirâtres et ardoisés. Celle-ci étant ouverte, il s'écoule un liquide hématique roussâtre. Le kyste est enveloppé d'adhérences péritonéales.

Observation II

Madame Rose, 29 ans, entre le 1er juillet 1911, pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels, généraux : à l'âge de 23 ans, une fièvre infectieuse de courte durée.

Génitaux : réglée à 16 ans avec un retard régulier chaque mois, règles peu abondantes durant trois jours, douloureuses sans caillot.

Mariée à l'âge de 19 ans ; pas d'accouchements, ni d'avortements ; quelques légères pertes blanches plus abondantes depuis un an. Douleur, dans la fosse iliaque droite irradiant le côté droit.

Vers le 15 juin 1911, règles abondantes avec une avance de dix jours durant huit jours ; vers le 18 juin, hémorragie assez abondante avec caillots, très douloureuse.

Appareil digestif. — Constipation légère, entérite ;

Appareil respiratoire. — Essoufflée ;

Appareil circulatoire. - Dyspnée ;

Appareil rénal. — Acide urique en excès.

Examen le 3 juin 1911.

Inspection. — Rien.

Palpation. — Rien.

Percussion. — Rien.

Toucher. — On perçoit dans le vagin à l'union du 1/3 avec les 2/3 inf. la présence d'un septum, ayant la forme d'un croissant dont la concavité tournée à droite regarde l'axe du vagin.

Un diaphragme congénital aurait été incisé et ouvert

en septembre 1907. Il occupe le côté gauche et masque le cul-de-sac latéral gauche.

L'utérus est fortement en rétroflexion, le col regarde en avant. Cul-de-sac antérieur, rien.

Cul-de-sac postérieur, on sent l'utérus.

Cul-de-sac latéral droit : on sent l'ovaire gros et scléro-kystique, douloureux.

Cul-de-sac latéral gauche : le toucher est gêné par la présence du diaphragme précité.

Hystérométrie, 7 cents ; les parois utérines paraissent très molles à l'hystéromètre.

Intervention le 10 juillet 1911. Laparotomie médiane. Opération de Battey.

Le 26 octobre 1911, la malade écrit qu'elle n'a pas saigné depuis l'opération ; elle présente quelques signes d'insuffisance ovarienne.

La malade entre de nouveau dans le service le 5 novembre 1912 pour ses douleurs abdominales droites ; elle rentre parce qu'elle continue à souffrir du côté droit, au point d'être obligée de temps en temps de se reposer complètement. C'est une douleur continue qui empêche la malade de faire son travail.

Examen : palper. — Douleur très nette au Mac Burney. Douleur au niveau des annexes droites, à gauche légère douleur.

Toucher. — Col très petit caché sous la symphyse. Utérus en rétroversion tombant dans le cul-de-sac postérieur. La rétroversion paraît aisément corrigible.

Opération le 16 novembre 1912. — Hystérectomie abdominale subtotale avec ablation des annexes droites.

L'ovaire droit et la trompe sont très adhérents à l'intestin ; on les en sépare avec peine et comme l'intestin

paraît dépéritonisé, on fait une suture de Lembert par précaution, l'utérus est enlevé sans difficulté.

Examen de la pièce. - L'ostium abdominal de la trompe est fermé, l'ovaire présente un kyste hématique assez volumineux multiloculaire.

La malade est sortie guérie.

Observation III

(Castration unilatérale, hystéropexie, cure radicale de varicocèle Rétroversion utérine. — Annexite)

Mme H. G..., 22 ans, entre à l'hôpital le 12 novembre 1911, pour douleurs abdominales et lombaires.

Antécédents héréditaires. — Père décédé subitement. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans régulièrement, mariage à 18 ans, a eu un enfant à l'âge de 20 ans bien portant. Jusqu'à l'âge de 27 ans elle n'a jamais été malade, à cette date, elle dit avoir eu la fièvre typhoïde, celle-ci a été très grave, immédiatement après la malade a eu le rein droit déplacé, a beaucoup souffert et a dû être opérée en août 1907 au service de M. Tédenat (néphropexie).

La maladie actuelle paraît remonter à il y a 2 ans; quelques pertes blanches peu abondantes. La malade souffre de plus en plus pendant ses règles. La malade accuse une sensation de pesanteur dans le bassin, douleur dans la région lombaire, surtout à droite. Elle éprouve le besoin de reposer souvent. Elle est facilement soulagée lorsqu'elle se couche sur le ventre.

Examen : périnée déchiré ; à l'inspection, le ventre est normal ; au toucher, le col regarde en avant et on suit net-

tement le corps en arrière ; lorsqu'on essaye de redresser l'utérus la malade souffre, l'ovaire gauche est douloureux.

Le 23, opération. De chaque côté, varicocèle très volumineux. Ablation des annexes gauches. Ignipuncture de l'ovaire droit. L'utérus est fixé à la paroi par les ligaments ronds. Bonnes suites.

La même malade entre le 12 juillet pour douleur siégeant dans la région droite de l'addomen et dans la région lombaire.

A la suite de l'opération, la malade n'a pas cessé de souffrir, mais elle a souffert relativement peu jusqu'au mois de mai, à ce moment, les douleurs ont pris une acuité plus grande. Elles sont surtout violentes dans la région sacrée et au voisinage de la hanche droite. Les douleurs abdominales sont moins intenses. La malade n'a pas été obligée de garder le lit, mais elle ne peut supporter la fatigue.

Régulièrement réglée depuis, l'opération a eu lieu le mois dernier.

Dans l'intervalle de ses règles, une perte blanche abondante, mêlée de sang, qui a duré 6 jours environ.

Examen. Utérus en antéversion. Rien dans le cul-de-sac gauche. Dans le cul-de-sac droit, on fait nettement rouler la trompe sous le doigt ; elle est du volume de l'index et la pression est douloureuse à ce niveau. Il y a donc nettement une annexite droite. Opération le 20 juillet 1912. Les anses intestinales grêles adhérent au péritoine sur la ligne médiane. On les libère assez laborieusement ; une d'elles paraissant dépéritonisée, on la suture à « la Lembert ».

La libération de l'utérus est très laborieuse, il adhère

de façon très étroite à la paroi qu'on est obligé de sculpter. L'hystéropexie avait donc donné un très bon résultat.

Les annexes droites adhéraient solidement, on les enlève avec l'utérus après avoir libéré celui-ci.

Examen de la pièce. — Utérus d'apparence normale. Paroi épaisse ; muqueuse encore congestionnée (la malade vient de finir ses règles). Ovaire droit scléro-kystique, et à la coupe, on trouve le corps jaune des dernières règles. La trompe est oblitérée, adhérant, étroitement à l'ovaire. dure, et du volume du petit doigt.

La malade a, pendant 48 heures, des vomissements tenaces. Le pouls est un peu petit, irrégulier, bat de 100 à 120. Le 28, l'état s'aggrave rapidement ; la malade ne va pas du corps malgré des lavements répétés. Son facies se plombe et se grippe. Pouls 140. Température 37.

La malade meurt à 3 heures de l'après-midi, malgré la thérapeutique énergique instituée.

Observation IV

(Laparotomie pour ablation des annexes gauches après hystérectomie vaginale).

Mme B..., âgée de 43 ans, opérée d'hystérectomie vaginale le 10 mai 1909.

Depuis 1 mois 1/2, violentes douleurs dans le ventre, surtout à gauche, parfois à droite, mais plus rarement et d'une façon moins violente.

Examen. — Paroi assez bonne ; au palper, une petite masse ovarienne à gauche. Au toucher, on ne sent rien, le cul-de-sac gauche est peut-être moins souple que normalement.

Le 26 février 1910, laparotomie.

A gauche, point où la malade souffre presque exclusi-

vement, on trouve la trompe petite, adhérente au moignon vaginal par son extrémité utérine et lâchement adhérente à l'ovaire par son pavillon. L'ovaire est en place normale, entouré d'adhérences, autour de lui quelques bulles de pelvipéritonite. On le décortique, on fait un moignon comprenant l'ovaire et la trompe que l'on sectionne au termo. Il existe du varicocèle pelvien gauche que l'on traite par la résection. A droite, on cherche les annexes sans les trouver (elles ont dû être enlevées lors de l'hystérectomie vaginale).

On voit le ligament rond qui sert de repère. On étale le ligament large rempli de veines variqueuses. Pince de Kocher sur les ligaments larges et les veines qu'il renferme. Ligature des vaisseaux utéro-ovariens. Dans la partie latérale gauche de la cavité pelvienne, à côté de l'ovaire, un caillot rafflant l'appendice iléo-cœcal long de 3 centim, et large de 1 centim. 1/2, entouré d'adhérences qui le lobulent. Il est probable qu'il s'agit là d'une hémorragie intra-péritonéale récente provenant de l'ovaire gauche, vite circonscrite par des adhérences. On trouve, en effet, dans l'ovaire gauche de nombreux kystes hématiques post-opératoires. Guérison. Sort le 11 avril 1910.

Observation V

(Métro-salpingo-ovarite post abortum)

Mme P. 26 ans. Entre le 9 décembre 1910 pour douleurs abdominales.

Mariée à 21 ans. Règles normales, jamais d'enfants. Douleurs abdominales depuis 1 an 1/2, à la suite d'un traumatisme, mais les règles manquaient depuis 2 mois et il y avait des pertes qui durèrent 1 mois 1/2. La

malade reste très faible. Perte d'appétit avec vomissement. Après 2 mois, les règles sont revenues plus fortes qu'avant, retardées et douloureuses ; en plus, il y a des pertes blanches. La malade est extrêmement nerveuse, elle s'agite et pleure sans cause.

Examen. Ventre normal, pas de vergetures.

Légère douleur du creux épigastrique. Douleurs plus intenses au niveau des annexes de l'utérus.

Toucher. Col petit, utérus douloureux, mais mobile. A gauche : grosses masses annexielles ; à droite, on sent l'ovaire hypertrophié.

Laparotomie le 22. Utérus très petit, mobile. Annexes du côté droit : trompe saine, perméable, quelques adhérences qu'on détruit, ovaire doublé de volume, scléro-kystique, on en enlève les 2/3 ; sur la tranche on enlève au bistouri un petit kyste du corps jaune. Ignipuncture, surjet.

A gauche : l'ovaire est presque triplé de volume, scléro-kystique. On aperçoit par transparence un gros kyste hématique. Ablation des annexes gauches.

A la coupe, on trouve un kyste du corps jaune du volume d'une grosse noisette et des kystes nombreux. Fermeture à trois plans.

15 février 1911, la malade sort guérie.

Rentre le 15 décembre 1911, parce qu'elle souffre des annexes droites. Le 20, elle présente des douleurs diffuses dans tout l'abdomen (nervosité extrême), on sent un utérus bien fixé en avant. A gauche, rien. A droite, on sent l'ovaire augmenté de volume.

Laparotomie le 21 décembre 1911.

Adhérence épiploïque à la paroi et l'utérus.

Hystérectomie par étage, on s'aperçoit qu'on a ouvert

le vagin dans le cul de sac antérieur. On le ferme par un surjet et on péritonise le moignon par dessus.

Ligature des artères, péritonisation de droite à gauche, l'aiguille perfore l'utéro-ovarienne dans le ligament large. On met un fil en plein ligament large pour faire l'hémostase, un hématome sous-péritonéal s'étant produit rapidement.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Examen des pièces. Les annexes gauches manquent (ablation pendant la première opération). L'ovaire droit dont on avait réséqué les 2/3 et ignipuncture est augmenté de volume, il est de la grosseur d'un ovaire normal et est rempli de kystes gros comme des noisettes.

Observation VI

(Périnéorrhaphie. — Hystéropexie)

Mme L .., 40 ans, entre à l'hôpital le 21 septembre 1911 au service de M. Vedel.

Le 2 octobre, passe au service de gynécologie pour prolapsus utérin.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une laryngite, il était rhumatisant, mère cardiaque, décédée à 56 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans ; à 12 ans, elle a eu la fièvre typhoïde, à 20 ans la scarlatine. Mariage à 22 ans, un peu plus tard une pleurésie l'oblige à garder le lit quelque temps, à la fin de cette maladie elle a un avortement (2-3e mois), depuis elle est restée délicate du poumon, principalement à gauche ; à 38 ans, douleurs rhumatismales aux mains et aux pieds. Un peu plus tard : troubles digestifs, lassitude, perte d'appétit, vomissement, alternatives de diarrhée et de constipation. Il y a environ

6 mois, elle avait eu une blennorrhagie, puis une fièvre typhoïde pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital.

De son mariage elle a 3 enfants bien portants et un avortement. Depuis le dernier accouchement, la malade présente quelques pertes rouges dans l'intervalle de ses règles, mais irrégulièrement et peu.

Examen. — Appareil respiratoire, rien.

Appareil circulatoire, profondément cardiaque.

Appareil digestif, rien.

Appareil génital. — Un énorme prolapsus utérin, l'utérus vient entre les grandes lèvres. Un peu de métrite.

6 octobre. Opération, réfection du périnée, après hystérectomie. Ablation des annexes gauches et résection de l'ovaire droit, formation d'un pyosalpinx ; un mois après, deuxième opération.

Opération le 25 janvier 1912.

Laparotomie médiane.

Ascite, l'utérus est fixé en avant par les ligaments ronds. A l'ouverture du péritoine, on aperçoit de nombreuses anses intestinales grêles adhérentes à la paroi. Avec grand peine on les isole et on a été obligé de faire sur une anse, peut-être perforée, une suture à la Lembert.

L'utérus apparaît recouvert par son fond ; sa face postérieure est retenue au niveau des annexes droites par des anses grêles très adhérentes. On les libère avec beaucoup de soins et on fait deux sutures intestinales sur des points douteux. On reconnaît alors qu'il existe un pyosalpinx, du volume du pouce, à droite (les annexes gauches avaient été enlevées dans une première opération). On décortique avec grand peine cette masse annexielle, la trompe se rompt et du pus s'écoule recueilli sur des compresses.

Suites opératoires, bonne guérison.

Observation VII

Mlle S..., âgée de 28 ans. Entre à l'hôpital le 26 janvier 1910.

Première opération — Hystéropexie, ablation des annexes gauches et résection de l'ovaire droit.

Entre pour des douleurs dans le bas-ventre, à gauche, remontant à 5 ans, accompagnées de douleurs thoraciques et lombaires.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement réglée, perd pendant 3 jours au plus.

Douleurs avant les règles et même pendant les règles. Pas de pertes entre les règles. Quelques pertes blanches un peu jaunâtres empesant le linge.

Antécédents personnels. — Coxalgie à l'âge de 16 ans, migraines fréquentes.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire, mère bien portante, pas de frères, pas de sœurs.

Deuxième opération. — Hystérectomie subtotale, suture sans drainage, janvier 1912.

Peu après la première opération les douleurs reparurent du côté droit.

Examen. — Les annexes droites sont à leur place et adhérentes. L'ovaire est plus gros que l'ovaire normal, scléro-kystique, uni à la trompe par des adhérences qui font coude à celle-ci. L'utérus est gros, sa paroi hypertrophiée par une métrite infectieuse.

La malade sort guérie.

ÉTUDE CLINIQUE

Etiologie. — En partant de l'étude de nos observations nous constatons que dans tous les cas dont il s'agit, les kystes ménorragiques, séro-hématiques et quelquefois séreux furent consécutifs à une hystérectomie abdominale totale ou subtotale, à une hystéropexie ou bien à une hystérectomie vaginale. Nous savons, en effet, aujourd'hui, et nous indiquons les phases de ce processus dans le chapitre relatif à la pathogénie ; qu'après l'ablation de l'utérus, les ovaires loin de s'atrophier, continuent à fonctionner pendant plusieurs années et sont exposés à devenir le siège de productions pathologiques post-opératoires.

Dans l'apparition des complications, l'âge de la malade joue un rôle important. C'est vers 26, 28, 29, 43 ans comme l'indiquent nos observations, que l'on voit survenir des accidents. En effet, ils correspondent à l'époque la plus active de la vie génitale de la femme, alors que la circulation sanguine pelvienne et utéro-annexielle est plus intense, soit du fait de grossesses antérieures à la première opération, soit en raison du plein développement physiologique des organes génitaux.

En outre, chez toutes les malades dont nous avons rapporté l'histoire, on a trouvé à la laparotomie des lésions inflammatoires des annexes (obs. I, III, V) et de la dégé-

nérescence kystique des ovaires, enfin de nombreuses adhérences à l'épiploon et à l'intestin. La suppression menstruelle, consécutive à la première intervention, coïncide avec le développement du kyste (obs. I) ; en effet, le sang n'ayant pas d'issue s'accumule périodiquement et progressivement dans les cavités kystiques produites dans les segments ovariens laissés en place volontairement ou involontairement lors de la première intervention.

L'étiologie est donc résumée par ces faits : existence de lésions antérieures, uni- ou bilatérales, intervention antérieure laissant dans le pelvis une partie de l'ovaire, suppression menstruelle consécutive à la première intervention, âge correspondant à la plus grande activité physiologique des organes génitaux chez la femme.

Symptômes. — Les symptômes généraux des tumeurs kystiques annexielles consécutives à l'hystérectomie se révèlent par des douleurs abdominales qui apparaissent quelque temps après l'opération, au bout de quelques semaines, quelques mois ou quelques années. Elles débutent brusquement dans le bas-ventre et rappellent à la malade ce qu'elle éprouvait avant l'opération, ou bien elles ne semblent être que l'exagération des phénomènes douloureux dont la malade ne s'est pas débarrassée depuis l'intervention opératoire. Le ventre est alors continuellement tendu.

D'après l'étude de nos observations, nous pouvons diviser ces symptômes en :

a) *Syndrome douloureux.* — La douleur siège au côté droit ou gauche de l'hypogastre, suivant la localisation de la tumeur. Elle est quelquefois bilatérale, avec prédominance d'un côté. Ces douleurs peuvent être minimes ou

très vives, jusqu'à amener la malade à l'état lypothymique (obs. n° 1).

b) *Syndrome congestif.* — Les troubles congestifs se traduisent par une sensation de chaleur, de fatigue, par de la congestion de la face (bouffées de chaleur), la malade croit étouffer et ressent des malaises très prononcés.

c) *Métrorrhagies.* – Leur caractère est d'être peu abondantes, elles sont plus ou moins régulières.

d) *Troubles de compression.* — Ces phénomènes se produisent, d'après Chassat, chez les malades qui n'ont point de symptômes de congestion. On trouve chez les mêmes malades de l'anorexie, la langue saburrale, des troubles digestifs et de la constipation, en même temps une sensation de pesanteur et des tiraillements.

Si l'on recherche les symptômes locaux, on trouve à l'inspection un ventre normal ou plus fréquemment un peu ballonné. Lorsque la tumeur est assez développée, on peut sentir à la palpation au-dessus du pubis et de l'arcade crurale, une partie résistante profondément située dans le bassin. Cette tumeur peut atteindre le volume d'une noisette, d'une petite mandarine ou d'un poing. La palpation révèle en même temps de la douleur. La percussion pratiquée au niveau de la collection, donne un son mat et cette matité ne se déplace pas sous l'influence des diverses positions que l'on fait prendre à la malade.

Au toucher, l'utérus est généralement mobile, à moins que la malade n'ait subi une hystéropexie antérieure ; il est douloureux (obs. V), les culs-de-sac latéraux peuvent être déprimés par la présence d'un exsudat. Le kyste est

quelquefois accolé à l'utérus et celui-ci est alors dévié en antéflexion, rétroflexion ou latéroflexion. En somme, la sensation que l'on a est la même que celle que procure l'annexite.

Enfin un symptôme important est l'augmentation de volume de la masse kystique, procédant par poussées, poussées qui correspondent à l'afflux menstruel.

Evolution. — D'après S. Mercadé, la marche de ces formations kystiques est progressive. Elle atteint d'emblée son développement dès les deux ou trois premiers jours et reste ensuite stationnaire d'après Hahusseau, mais cette dernière théorie ne nous paraît point vérifiée et si nous nous en rapportons à nos observations, nous voyons que les kystes augmentent surtout par poussées (ce qui est d'ailleurs un important élément de diagnostic). Pendant ces crises, les douleurs sont très vives, puis se calment peu à peu, sans disparaître toutefois.

La durée de l'évolution est très variable ; en nous rapportant toujours à ce que nous avons observé, nous la voyons varier entre 7, 9, 10, 15 mois ou 2 ans.

Cette évolution laissée à elle-même va rarement vers la guérison. Dans les cas de Schauta et de Schieman, le liquide du kyste se résorba et laissa place à une cicatrice qui disparut par le massage. Mais si l'on n'intervient pas, des complications peuvent surgir.

Ces complications peuvent se diviser, d'après leur nature, en complications d'ordre infectieux et d'ordre mécanique.

Parmi les premières, se trouve la suppuration du kyste avec rupture et péritonite aigue consécutive ou évacuation du contenu de la tumeur dans les organes pelviens qui s'infectent à leur tour.

Des complications de nature infectieuse sont les adhérences avec l'intestin, qu'elles compriment, produisant dans les formes graves l'obstruction intestinale, et dans d'autres cas la constipation opiniâtre.

Ces adhérences créent de grosses difficultés pendant l'opération, soit l'impossibilité d'extirper en totalité le kyste, soit la déchirure des organes abdominaux.

Les accidents d'origine mécanique sont assez rares ; parmi eux, se trouve la rupture du kyste sous l'influence d'un traumatisme. M. Jayle cite deux cas de ce genre.

Dans l'un, la palpation simple de la tumeur, faite pendant la chloroformisation, détermina la rupture d'un kyste dont la paroi était très mince ; dans l'autre, la rupture d'un kyste, déterminée par un long voyage, produisit chez une femme de 41 ans une hématocèle rétro-utérine.

Enfin la rupture du kyste peut être la conséquence de sa suppuration.

Diagnostic. — Le diagnostic des formations kystiques post-opératoires est basé sur les symptômes que présente la malade, sur ses antécédents, et des renseignements précis fournis sur la nature de l'opération qui a été faite antérieurement. Ces symptômes que nous avons étudiés plus haut sont :

Le syndrome douloureux ;
Le syndrome congestif ;
Les métrorrhagies ;
Les troubles de compression ;
Les renseignements fournis par la palpation et la percussion qui indiquent une tumeur hypogastrique ;
L'évolution par poussées périodiques de cette tumeur.

Lorsque la tumeur est médiane et rénitente, on peut croire à un épanchement péritonéal enkysté, mais on ne trouve point de syndrome congestif et de métrorrhagies. La ponction exploratrice pratiquée en pareil cas tranchera le diagnostic.

On peut penser de même à une hématocèle, mais cette dernière apparaît quelques jours après l'opération et s'accompagne de température, après avoir débuté d'une façon brusque.

Ces deux hypothèses ne peuvent se présenter que dans le cas où l'on est mal ou incomplètement renseigné sur les détails de la première opération.

D'autre part, si le clinicien ne possède que des renseignements incomplets sur l'opération subie antérieurement par la malade, si la formation kystique est médiane, si le col utérin n'a pas été touché, il peut penser à une grossesse post-opératoire. Mais alors ce sont les signes de la gravité qui font défaut : signes de probabilité au commencement de la formation de la tumeur et plus tard absence des bruits du cœur fœtal.

Si la collection kystique se trouve dans la cavité pelvienne, on peut croire à un pyosalpinx, à un kyste suppuré de l'ovaire, à un kyste intraligamentaire, à un abcès, dans ce dernier cas, l'absence de plastron abdominal, de phénomènes généraux ; dans les autres cas, la présence des symptômes spéciaux aux cysthématomes, l'évolution périodique, la connaissance de l'opération antérieure, feront rejeter ces hypothèses.

On pourra penser à un kyste de l'ouraque dont l'observation est rapportée par Spencer Wells. Enfin une ponction exploratrice permettra de ne pas faire de confusion avec les kystes hydatiques du péritoine (Gérard, Thèse

de 1876) dans le liquide desquels on trouvera la présence de crochets d'hydatides caractéristiques.

Pronostic. — De la lecture de nos observations, nous pouvons conclure que le pronostic des formations kystiques consécutives à l'intervention opératoire sur les annexes est généralement bénin. Dans un seul cas, la laparotomie secondaire s'est terminée par la mort de la malade, par suite de nombreuses et solides adhérences qui réunissaient la tumeur aux anses intestinales grêles.

La présence de ces adhérences assombrit d'ailleurs beaucoup le pronostic, la déchirure fréquente des anses intestinales accolées à la tumeur expose la malade à la péritonite infectieuse.

Nous ne parlons que du pronostic lié à la cure opératoire de ces kystes. Si l'on attend trop ou bien si l'on abandonne le processus à lui-même, on peut se trouver en face de complications : rupture, suppuration du kyste, hémorragie intrapéritonéale, qui enlèvent à ces productions pathologiques tout caractère de bénignité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Après avoir exposé l'étude clinique de la question qui nous intéresse. Nous allons nous occuper de voir comment se présentent, aux points de vue macroscopique et microscopique, les cysthématoses menstruels post-opératoires.

Tandis que dans notre Observation I, ils se présentent, sous forme d'une masse volumineuse à reflets noirâtres et ardoisés, on trouve chez la malade de notre Observation n° V, sur le segment de l'ovaire laissé en place après une précédente opération (ovaire dont on avait réséqué les deux tiers et que l'on avait ignipuncturé) des kystes de la grosseur d'une noisette, sur un corps du volume d'un ovaire normal. Dans notre observation n° II, on remarque un ovaire devenu kystique, assez volumineux, multiloculé et dont le contenu est hématique.

La paroi du kyste est tantôt mince, tantôt épaisse ; formée par le péritoine ou par des fausses membranes péritonéales, Mais il arrive que la formation kystique n'est pas isolée, sa limite est formée dans ce cas par les organes pelviens, anses intestinales, parois de l'utérus auxquelles elle adhère par des fausses membranes faibles ou fortes.

En examinant la paroi interne après avoir débarrassé le kyste de son contenu, on constate qu'elle est irrégulière et anfractueuse, mais il est parfois impossible de la différencier d'avec le péritoine.

Le contenu du kyste est formé par un liquide séreux, hématique ou séro-hématique, la quantité de ce liquide est très variable.

Les lésions de voisinage sont la règle, la trompe est augmentée de volume, l'ostium abdominal est fermé et coudé, entre lui et l'ovaire se trouvent presque toujours des adhérences.

Pour ce qui est des lésions microscopiques, l'observation n° I nous en donne l'exposé dû à l'examen de M. le professeur agrégé Massabuau :

« La paroi de kyste est formé par deux couches successives :

A) « Une couche interne dans laquelle on reconnaît des » éléments caractéristiques du tissu ovarien. 1° des vais- » seaux à parois très épaisses, à contour sinueux dont la » lumière est plus ou moins oblitérée par des tromboses » et qui représentent des vaisseaux de la partie centrale de » l'ovaire voisine du hile,

2° Une cicatrice de corps jaune hyaline et ne renfermant plus d'éléments cellulaires.

3° Un petit kyste folliculaire largement ouvert dans la poche.

« Dans sa lumière, on voit des caillots sanguins dont quelques-uns sont adhérents à sa face interne. Sa paroi est formée de deux couches concentriques : *a*) une couche interne irrégulière et constituée par des cellules luteiniques de la thèque, grosses cellules claires très serrées les unes contre les autres et sans tissu conjonctif dans leur intervalle.

« Cette lame de cellules luteiniques, assez épaisse dans la partie profonde du cul-de-sac folliculaire, disparaît progressivement et n'existe plus au niveau de son ouverture

dans la cavité ; *b*) une couche fibreuse qui se continue progressivement avec le tissu ovarien.

« B. En dehors du tissu ovarien, la paroi de la poche est fermée par un tissu conjonctif dense, disposé en strates concentriques et très pauvre en cellules.

« La muqueuse utérine est hypertrophiée ; les tubes glandulaires sont en état d'hyperplasie donnant à la coupe un aspect adénomateux ; quelques lumières glandulaires sont dilatées et forment des petits kystes. Le chorion de la muqueuse est infiltré de cellules rondes particulièrement abondantes dans ses couches superficielles ; on reconnaît çà et là des traînées de plasmazellen et des suffusions hémmorragiques. »

PATHOGÉNIE

On a émis de nombreuses théories pour établir la pathogénie des formations kystiques consécutives à l'hystérectomie.

Dans son rapport au Congrés français de chirurgie, M. le professeur Le Dentu a indiqué que c'est au dépens du tronçon de la trompe laissé dans l'abdomen que se développent les kystes. Pour lui ce tronçon aurait subi une dilatation. Cependant, le contenu du kyste est plutôt séreux.

Ce n'est pas la dilatation de la trompe qui est pour Hahusseau le fait important dans l'origine de ces formations, « mais une péritonite séro-fibrineuse enkystée ayant pour point de départ le pédicule de la trompe, ou bien une périsalpingite propagée, soit par la continuité des tissus, soit par les lymphatiques qui ont porté au péritoine des produits irritants, puisés au niveau de la plaie opératoire s'il s'agit d'hystérectomie vaginale ou sur le pédicule du kyste après ovariotomie ».

Une opinion assez répandue est que l'origine des cysthématomes est due aux débris ovariens laissés en place, soit volontairement en vue de la fonction sécrétoire de la glande ovarienne, soit par nécessité, par suite de la formation d'adhérences, qui, malgré tous les soins pris au cours de l'opération, empêchent l'extirpation totale de l'ovaire.

Enfin, d'après une plus récente conception, le point de départ de ces hématomes est dû à l'existence d'ovaires surnuméraires qui se divisent en accessoires, lorqu'ils sont contigus à l'ovaire normal ou placés sur lui, et ovaires surnuméraires aberrants quand ils sont situés sur la ligne de descente de l'ovaire ou plus ou moins en dehors de cette ligne (thèse de M^me^ d'Eisenberg-Paperine).

Ces ovaires ont une fonction physiologique d'ovaires normaux (persistance de la menstruation après double castration ; Pozzi dans son *Traité de Gynécologie* signale ce fait après l'opération de Battey). Or, on peut admettre que le processus pathologique s'établit grâce à l'activité fonctionnelle dont ils sont le siège devenue momentanément plus intense.

En effet l'influx menstruel, persistant malgré l'ablation des annexes et ne trouvant pas d'issue au dehors, retentit sur les segments ovariens. Grâce à cette congestion menstruelle, il se forme des foyers apoplectiques sanguins dans les follicules de Graaf. Chaque mois de nouveaux foyers se produisent et leur accumulation contribue à la formation de kystes. C'est ce que nous pouvons constater dans l'Observation relative à une de nos malades : sa menstruation étant supprimée ou peu abondante après l'ablation presque totale des annexes, on voit l'accroissement du cysthématome coïncider avec des poussées aiguës qu'explique l'accumulation du sang dans les débris ovariens, produisant ainsi des troubles locaux et généraux intenses que ne donnerait pas la menstruation normale.

Chez d'autres malades, les phénomènes douloureux périodiques correspondent aux anciennes règles supprimées, elles éprouvent alors au niveau du point où se trouve la formation kystique une sensation de gonflement et de tension.

En faveur de cette théorie est le contenu bien souvent hémorragique de la tumeur et en dernier lieu l'examen histologique du kyste. On trouve, en effet, un tissu d'origine ovarienne et ces formations, situées au milieu de segments ovariens, ne sont pas là du fait d'une simple coïncidence, mais ce sont bien des formations pathologiques post-opératoires de ces mêmes segments ovariens.

TRAITEMENT

De nombreuses méthodes thérapeutiques ont été employées, nous allons les énumérer rapidement en nous réservant d'insister sur celles qui sont pratiquées plus couramment à l'heure actuelle.

M. le professeur Le Dentu a guéri ses malades par évacuation spontanée de la collection liquide par l'utérus, pour cela, il a pratiqué la dilatation du col utérin, facilitant ainsi l'écoulement que l'on voulait obtenir, mais il faut remarquer que dans les cas qui ont été traités ainsi, la collection kystique se trouvait dans le tronçon de la trompe.

Terrillon a pratiqué la ponction du kyste ; une fois par la voie trans-pariéto-abdominale, une autre fois par la voie trans-vaginale postérieure.

Richelot a fait l'hystérectomie vaginale secondaire afin d'évacuer de nombreux kystes hématiques.

A l'heure actuelle, une fois le diagnostic posé des complications des segments ovariens laissés en place après hystérectomie, diagnostic qu'indiquent les syndromes congestif et douloureux, la présence et l'augmentation mensuelle d'une tumeur, il est habituel d'intervenir par la laparotomie pour extirper, d'une façon aussi complète que possible, les formations kystiques.

La ponction et l'extirpation vaginales ne sont plus employées que dans les cas de suppuration.

La marsupialisation avec drainage du kyste a été pratiquée par M. J. L. Faure, lorsque l'ablation complète de la poche kystique était impossible.

Dans certains cas particuliers, lorsque la tumeur tombe dans un des culs-de-sac du vagin et que l'on soupçonne des adhérences très solides au-dessus d'elle. On peut employer la colpotomie avec drainage, comme l'a fait le professeur Segond.

En résumé, c'est à la laparotomie qu'il faut s'adresser le plus généralement, parce qu'elle donne une cure totale, sans crainte de récidive, ni complication ; enfin, c'est la laparotomie faite le plus rapidement possible après diagnostic fait qu'il faut choisir. De cette façon, on évitera les complications possibles en pareil cas, c'est-à dire la suppuration, la rupture de la poche, la formation d'adhérences de plus en plus nombreuses et solides avec les organes voisins, toutes choses qui créent de grandes difficultés au point de vue opératoire.

M. le professeur de Rouville pratique actuellement, à Montpellier, la laparotomie et d'après nos observations, nous voyons que ce traitement a donné dans ce cas de bons résultats.

CONCLUSIONS

I. Les segments ovariens laissés en place après hystérectomie donnent lieu à des productions pathologiques, dont l'étude, commencée par Spencer Wells, en 1893, a fait depuis l'objet de nombreux travaux.

II. Après l'hystérectomie, on voit en effet se développer chez des femmes d'âge moyen, une tumeur dans l'hypogastre droit ou gauche, s'accompagnant de phénomènes douloureux et congestifs, de troubles de compression des organes pelviens, cependant que les méthodes d'examen physique indiquent une tumeur peu mobile, rénitente, variable de siège et de volume.

L'évolution de cette tumeur se fait par poussées coïncidant avec l'époque des menstrues, elle est lente et, si l'on n'intervient pas, peut devenir le siège de complications infectieuses ou mécaniques.

Cette tumeur doit être distinguée d'un épanchement enkysté du péritoine, d'une hématocèle, d'une grossesse post-opératoire, d'un pyosalpinx, d'un kyste de l'ovaire, d'un abcès ou d'un kyste intra-ligamentaire. Mais la connaissance précise des antécédents de la malade et des symptômes qu'elle présente permettra de repousser toutes ces hypothèses.

III. Cette tumeur est kystique, à paroi mince ou

épaisse, à contenu séreux et plus souvent séro-hématique ou sanguin ; son volume est comparable à celui d'une noisette, d'une mandarine ou d'une grosse orange. Elle est limitée par les organes pelviens et contracte presque toujours avec eux des adhérences. Si on l'examine au microscope, on la reconnaît formée du tissu caractéristique de l'ovaire.

IV. En effet, cette tumeur dérive de segments ovariens, laissés après opération. Grâce à la congestion menstruelle, il se forme des foyers sanguins dans les follicules de Graaf, leur reproduction mensuelle aboutit à la formation de ces kystes.

V. De tous les traitements employés, le seul logique est la laparotomie, lorsque l'ablation complète du kyste est impossible, on pratique la marsupialisation et le drainage. La tumeur bombe-t-elle dans le vagin, si l'on soupçonne des adhérences au-dessus, on peut avoir recours à la colpotomie ; mais ces deux dernières opérations sont des procédés de nécessité.

BIBLIOGRAPHIE

De Rouville et Arrivat. — A propos d'un cas de cysthématome menstruel post-opératoire. Revue mensuelle d'obstétrique et de gynécologie.

Barnus (B.).— Traité clinique des maladies des femmes (Trad. français de Cordes), Paris, 1876.

Backel. — Gazette médicale de Strasbourg, 1861, p. 79.

Beigel. — Pathol. Anat. der Weiblich Unfluch, 1878, p. 72.

Blanc. — Lésions annexielles dans les fibromes. Thèse de Montpellier, 1910.

Blot. — Gazette médicale de Paris, 1856, n° 49.

Bonnet. — Traité de chirurgie de MM. Le Dentu et Pierre Delbet, t. VIII, p. 771.

Chassat. — Des cysthématomes menstruels post-opératoires, Thèse de Paris 1909.

Constantin (Daniel). — Etat des annexes dans les fibromes utérins. Revue de gynécologie, 1903.

Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, salpingites et des cancers de l'utérus, Paris, 1899.

Costis (P.-M.-A.). — Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibro-myomes de l'utérus et des annexes. Thèse de Paris, 1895.

Dartigues. — Des productions kystiques intra-ligamentaires consécutives à l'hystérectomie abdominale. Bull. de la Société de l'Internat, mai 1907.

Clairet. — Des tumeurs kystiques intra-pelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale pour les lésions non cancéreuses. Thèse 1896, Paris.

Dartigues et Joannidis. — Les cysthématomes menstruels post-opé-

ratoires. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, février 1908.

Dartigues. — Un cas de cysthématome menstruel post-opératoire. Bulletin de la Société de l'Internat, novembre 1908.

Le Dentu. — Suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections non néoplasiques de ces organes. Rapport au Congrès français de chirurgie, 1891.

Debierre. — Anomalies des ovaires (Anatomie de l'homme, t. II, 1890.

Delbet (P.). — *In* traité de Duplaye et Reclus, t. VIII, p. 199.

Dorhn — Deutsche Med. Wochens. 1879, p. 70.

Eisenberg-Paperine. — Contribution à l'étude des ovaires surnuméraires. Thèse de Paris, 1910-1911, n° 470.

Glavek. — Archives f. Gynécol, 1889, n° 1.

Habusseau. — Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et de ses annexes. Thèse de Paris, 1891.

Hégar. — Die castration der Frauen (Samm. Klin. Vortrage, p. 136-138).

Herrmann. — Maladies des ovaires de Law. Tait, 1886, p. 14.

Jayle. — De l'hématocèle par rupture de petit kyste hématique de l'ovaire. Presse médicale n° 33, 27 avril 1909, p. 291.

Labadie-Lagrave et Legueu. Traité médico-chirurgical de gynécologie.

Lawson-Tait. — Traité clinique des maladies des femmes. Birmingham, 1886.

Lumniczer. — Centralbl. f. Gynecol , 1880, n° 6.

Mercadé (S.). — La période post-opératoire. Soins, suites, accidents.

Mériel. — Paris Médical, 1911.

Prenant. — Anatomie de Poirier, t. V, p. 391.

Pozzi. — Traité de Gynécologie, 4e édit., 1907.

Terrillon. — Congrès de chirurgie, 1891, p. 180.

Vautrin. — Cl. Paris, 1906.

Waldeyer. — Maladie des ovaires de L. Tait, 1886, p. 14.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 30 avril 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 30 avril 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.